



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA KARINNE GONÇALVES LOPES

**A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) NO  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB: algumas análises**

SOUSA – PB

2016

ANA KARINNE GONÇALVES LOPES

**A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) NO  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB: algumas análises**

Trabalho de conclusão do curso apresentado à Coordenação do curso de bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa

SOUSA – PB

2016

ANA KARINNE GONÇALVES LOPES

**A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) NO  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB: algumas análises**

Trabalho de conclusão do curso apresentado à Coordenação do curso de bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa.

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa

ORIENTADORA

---

Palloma Maria Gomes Jácome

EXAMINADORA

---

Laiane Elias Dantas

EXAMINADORA

*Dedico a José Gonçalves de Sá e a Maria Goreti Lopes (In  
Memorian), que são os protagonistas na luta pela realização do  
que sonhamos juntos.  
A vocês, que combateram o bom combate nas árduas batalhas  
impostas diariamente, todo o meu amor e a minha gratidão.*

## **AGRADECIMENTOS**

No decorrer da minha vida, eu tive a oportunidade de conhecer/conviver com pessoas que, indubitavelmente, me incentivaram a chegar até aqui. Então, neste pequeno espaço, externo os meus mais profundos e sinceros agradecimentos.

À Deus, que com o poder do Seu amor, nunca permitiu que a fraqueza se sobressaísse à vontade de vencer;

Aos meus pais, José Gonçalves de Sá e Maria Goreti Lopes (In Memoriam), minha base sólida, que com tanta ternura me educaram pelos melhores caminhos e sempre acreditaram em meu potencial. As palavras fogem quando quero falar da importância de vocês em minha vida. Sem dúvidas, eu tenho os melhores pais do mundo;

À minha filha Maria Isabelly, razão do meu viver e expressão concreta do amor verdadeiro, que colore os meus dias de alegria, esperança e perseverança para ir além;

Ao meu esposo Leonardo Ferreira, que esteve ao meu lado desde o início da minha vida acadêmica, dando apoio e os melhores conselhos, assim, está sempre pronto para me aplaudir de pé, cheio de orgulho;

À minha irmã Ana Karolinne, que não mede esforços para me auxiliar nos mais diversos momentos, sempre com um bom humor e uma ousadia ímpar de menina-mulher ;

Aos meus sogros, Maria Iremar e Laurindo Ferreira, que com tanto carinho, apreço e dedicação, sempre contribuíram nos mais diversos sentidos e nos mais diversos momentos, de alegrias e dificuldades;

À toda a minha família, representada nas pessoas dos meus avós maternos Antônio Lopes Beserra e Francinete Maria Beserra (In Memoriam) e meus avós paternos

Laércio Luiz de Sá (In Memoriam) e Terezinha Gonçalves de Sá, pessoas que são os meus maiores referenciais de força de vontade;

À minha orientadora, Cibelly Michalane, que teve imensa paciência e compreensão, respeitando os meus limites e possibilidades e, acima de tudo, se mostrou bem mais que uma professora: uma grande amiga que eu quero levar comigo enquanto vida eu tiver;

Aos meus professores, e que professores! Cheios de qualidades que se tornam impossíveis descrevê-las nestas poucas linhas. São os responsáveis pelo meu sucesso acadêmico e serão a base do meu futuro profissional;

À minha orientadora de campo, Marta Lopes, que com toda atenção, compartilhou comigo a emoção de vivenciar as atividades profissionais desenvolvidas no Hospital Regional de Sousa;

Às profissionais do Serviço Social do HRS, que contribuíram diretamente para a realização da pesquisa;

Às minhas companheiras de turma, que nesses quatro anos resistiram e cá estão prestes a realização de um sonho. Aqui, quero agradecer principalmente a Cibele Brito, Euriane Nogueira, Flávia Lamonielle, Mônica Sarmiento e Robervânia Vilar, pessoas que foram meu suporte emocional nos momentos mais frágeis vividos, e que me fazem vislumbrar além dos horizontes aspirados.

Enfim, à todas as minhas amigas e meus amigos – definitivamente, não há como citar tantos nomes - presentes do Senhor em minha vida. Eu realmente sou agraciada por tantas amizades sinceras que cativo dia após dia.

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao  
tocar a alma humana, seja apenas outra alma humana.*

*(Carl Gustav Jung)*

## RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso, ora apresentado, buscou analisar a efetivação da Política Nacional de Humanização (PNH) no Hospital Regional de Sousa/PB. Assim, faz uma explanação sobre a historicidade da política de saúde da década de 1930, enfatizando a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), e os desdobramentos que tal política vem sofrendo na contemporaneidade, diante do contexto de precarização das políticas públicas brasileiras, face a onda de desmonte do Estado neoliberal. Nesse contexto de precarização, é lançada a Política Nacional de Humanização, que aparece como uma iniciativa de desenvolvimento das ofertas das práticas dos serviços de atenção a saúde dos cidadãos brasileiros, de forma a conceber novas formas de operacionalizar a política de saúde brasileira, que teve como marco crucial a Constituição Federal de 1988. A operacionalização da PNH nos mais diversos espaços sócio ocupacionais encontra-se diversa, pois está relacionada a um conjunto de fatores, tais como conhecimento sobre a referida política, além da compreensão da importância e necessidade desta para o aprimoramento da qualidade do atendimento realizado junto aos/as usuários/as da instituição. Contudo, apesar da pertinência da temática, evidencia-se que nem sempre os/as profissionais identificam os contributos que a mesma pode vir a trazer, tampouco se interessam em buscar compreendê-la. Tais aspectos foram evidenciados a partir do desenvolvimento da nossa pesquisa. Destarte, a PNH evidencia-se como um desafio que merece ser rompido, de modo a colocar, haja vista que em prática seus preceitos que só tendem a contribuir para os profissionais, gestores e usuários dos serviços públicos de saúde.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Humanização. Estado neoliberal.



## ABSTRACT

Work Completion of course presented here, sought to analyze the effectiveness of the National Humanization Policy (PNH) at the Regional Hospital of Sousa / PB: Some analysis. So is an explanation of the historicity of the health policy of the 1930s, emphasizing the construction of the Unified Health System (SUS), and the ramifications that such a policy has been suffering in contemporary times, on the context of precariousness of Brazilian public policy, face the wave of dismantling the neoliberal state. In this context of precariousness, it is launched the National Humanization Policy, which appears as an initiative of development of offers of the practices of the health care services of Brazilian citizens, in order to devise new ways to operationalize the Brazilian health policy, which had as a crucial milestone in the Federal Constitution of 1988. the implementation of the HNP in various spaces occupational partner is different, because it is related to a number of factors, such as knowledge of the policy, beyond the understanding of the importance and need for this improving the quality of service provided at the / the user / the institution. However, despite the relevance of the theme, it is evident that not always / professional identify the contributions that it can come to bring, nor are interested in seeking to understand it. These aspects were highlighted from the development of our research. Thus, the HNP is evidenced as a challenge that deserves to be broken, so as to place, given that in practice its precepts that only tend to contribute to the professionals, managers and users of public health services.

**Keywords:** Health System. National Humanization Policy. Neoliberal State.

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

FMI – Fundo Monetário Internacional

HRS – Hospital Regional de Sousa

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ONGs – Organizações Não Governamentais

PNH - Política Nacional de Humanização

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PSE – Programa Saúde na Escola

PSFs – Programa Saúde da Família

SESP – Serviço de Saúde Pública

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Faixa etária dos sujeitos da pesquisa

Gráfico 2 – Ano de Formação Acadêmica

Gráfico 3 – Instituições de Conclusão do Ensino Superior

Gráfico 4 – Tempo de Trabalho no HRS

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO 1 – RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	15
1.1 Antecedentes da ação estatal na saúde brasileira .....	15
1.2 A política de desmonte neoliberal e os seus reflexos na efetivação da Política de Saúde Brasileira .....	26
<b>CAPÍTULO 2 - A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE</b> .....	29
2.1 Bases históricas e conceituais da Política Nacional de Humanização (PNH) ..	29
2.2 O papel do Serviço Social na efetivação da PNH .....	37
2.2.1 O Serviço Social no Hospital Regional de Sousa.....	40
<b>CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA</b> .....	43
3.1 Caracterização da Instituição .....	43
3.2 Análise dos dados da Pesquisa .....	46
3.2.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	46
3.2.2 Compreensão dos sujeitos da pesquisa sobre a PNH.....	49
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	63
APÊNDICE A .....	64
APÊNDICE B .....	66

## 1 INTRODUÇÃO

A política de saúde brasileira, antes de se constituir como direito do cidadão e dever do Estado, passou por um longo percurso, dotado de marcos históricos, conforme discorreremos no decorrer deste trabalho.

Partindo da filantropia evidenciada no século XVIII, a assistência em saúde foi moldada gradativamente, tendo como pontapé inicial a década de 1930, quando houve o reconhecimento dos trabalhadores enquanto classe, na busca de intervenções por parte do Estado/Empresariado. Tendo em vista este cenário, os serviços de saúde, nos anos posteriores, foram ganhando legitimidade através de vários instrumentos estatais como decretos, leis, programas, etc.

A criação do Ministério da Saúde foi um marco de imprescindível relevância nesse sentido, afinal, é um órgão que organiza os planos e as políticas públicas que objetivam a promoção, prevenção e assistência à saúde.

As décadas de 1960/1970 marcaram o país diante do regime ditatorial, o que fez com que as condições nos mais diversos setores se tornassem precárias e a área da saúde sofreu as consequências, uma vez que o Estado passou a concentrar suas ações na política de assistência, o que acarretou numa limitação na prestação dos serviços de saúde.

A partir de 1980, foi iniciada uma superação do regime ditatorial, que deixou como herança para o país uma forte crise socioeconômica. E nessas circunstâncias, surgiu o projeto da Reforma Sanitária, que consistiu numa união entre os profissionais da saúde, os partidos políticos e a sociedade civil, objetivando uma assistência em saúde igualitária para todos. Esse projeto foi uma primordial iniciativa, servindo de pontapé para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que se tem hoje.

A partir da Reforma Sanitária, a saúde foi amplamente debatida nos mais diversos setores da sociedade brasileira, através de Conferências Nacionais, todas com sua importância e legitimidade. Assim, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passou a ser considerada como um direito do cidadão e dever do Estado e, unindo-se à previdência e a assistência, integrou o tripé da seguridade social.

Nos anos de 1990, houve a inserção do cenário neoliberal, o que acarretou em um alto grau de precarização na prestação de serviços para a sociedade, e a saúde não escapou da desresponsabilização do Estado, uma vez que este se tornou mínimo para as políticas públicas.

É nesse contexto de precarização da política de saúde que é construído o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no dia 19 de junho de 2001, através da portaria de nº 881, lançada pelo Ministério da Saúde, na busca por uma melhor qualidade da assistência hospitalar na integralidade do respeito à vida humana e nas relações profissional/profissional, profissional/paciente, profissional/gestão. Além deste, outras iniciativas foram tomadas nesse sentido, culminando em 2003 no lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH) que respalda o conceito de humanização como um eixo norteador das práticas de assistência do Sistema Único de Saúde.

A partir desses fatores, o presente trabalho vem analisar como se dá a efetivação de tal política no Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, mais precisamente Hospital Regional de Sousa (HRS), que é uma instituição pública considerada de média complexidade, que envolve inúmeras categorias específicas, composto por uma equipe multiprofissional, que objetivam trabalhar em combinação com a ética e com o objetivo de prestar assistência à sociedade de Sousa e alto sertão, onde se instituem os serviços de proteção básica e de média complexidade.

Diante disso, O TCC em tela está estruturado em três capítulos, quais sejam: O primeiro capítulo aborda a retrospectiva histórica da política de saúde no Brasil, de forma a compreender como se deu todo o processo desde as práticas filantrópicas, perpassando pela intervenção do Estado na prestação de serviços de saúde à sociedade e adentrando ao viés neoliberal instalado no país desde a década de 1990; posteriormente, o segundo capítulo trata da Política Nacional de Humanização, em suas considerações históricas e abrangência conceitual, além de demonstrar como se deu a construção de tal política; O terceiro e último capítulo apresenta a pesquisa exploratória realizada junto aos assistentes sociais do HRS. A pesquisa acerca da efetivação da Política Nacional de Humanização foi realizada no Hospital Regional de Sousa (HRS), situado a Rua José Facundes de

Lira, número 80, bairro Gato Preto, Sousa/PB. Os sujeitos da pesquisa representaram cerca de 42% dos profissionais de Serviço Social da referida instituição, o que se traduz em cinco assistentes sociais.

A coleta de dados se deu através de questionário semi-estruturado, já análise destes realizou-se através da técnica da análise de conteúdo das falas. O método utilizado na pesquisa foi o crítico dialético, por considerarmos o mesmo apropriado, tendo em vista propor a análise das categorias que perpassam a realidade na perspectiva da totalidade, compreendendo as singularidades e particularidades que perpassam o objeto estudado.

Por fim, foram tecidas as considerações finais, as referências, os apêndices e anexos.

## **CAPÍTULO 1 – RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

### **1.1 Antecedentes da ação estatal na saúde brasileira**

A saúde, como política pública, percorreu um longo caminho até chegar ao patamar atual. Durante o século XVIII, as práticas de assistência em saúde eram efetivadas de forma filantrópica, porém, devido aos avanços políticos e econômicos no século seguinte passou a ser palco de campanhas e até mesmo de requisições por parte de operários em seus primeiros movimentos.

Embrionariamente, a assistência em saúde se deu através das Santas Casas de Misericórdia, tendo a primeira surgido em Olinda no ano de 1539. Tais instituições, de fundo filantrópico objetivavam “atender à população carente, cuidando dos enfermos em seus hospitais, alimentando os famintos, sepultando os mortos, educando os enjeitados em seus orfanatos e acolhendo os recém-nascidos abandonados na Roda dos Expostos” (Marchesotti, 2013, online). Assim, pode-se depreender que as Santas Casas elencavam um importante papel, uma vez que funcionavam como hospitais, abrigos, educandários, etc., onde a sociedade encontrava o apoio que até então não era garantido por nenhum outro órgão.

Segundo Polignano (2007), o Brasil, desde sua colonização até o estabelecimento do Império, não dispunha de modelo algum de atenção à saúde da população, pois não existia interesse por parte de Portugal em criá-lo. A assistência em saúde era intrinsecamente limitada ao poder da produção da terra. Nesses marcos, os curandeiros tinham o papel central para curar o outro, através de medicamentos naturais, à base de ervas, raízes, frutas ou plantas; que eram muito utilizadas para fins medicinais e curativos.

A primeira estrutura sanitária mínima criada no Brasil se deu a partir da vinda da família real, na perspectiva de prestar apoio ao poder que se alojava na cidade do Rio de Janeiro, onde havia cortiços e favelas, o que gerava uma forte aglomeração de pessoas em uma situação sanitária deplorável.



Com a abolição da escravatura em 1888, foi intensificada a imigração de povos dos mais diversos lugares, então, via-se aí, uma total precarização de profissionais que pudessem interferir no processo saúde-doença, uma vez que o modelo organizacional era centralizado.

A partir da Proclamação da República, a organização política do país já apresentava um típico modelo capitalista, atendendo aos interesses burgueses, deixando os demais segmentos da sociedade às margens, submissas a um sistema sanitário extremamente precário, o que acarretou no surgimento de surtos e epidemias de febre amarela, tifo, varíola, entre outras.

Diante desse quadro caótico, em 1903, Oswaldo Cruz<sup>1</sup> foi nomeado Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública pelo então presidente Rodrigues Alves (1902-1906), se comprometendo com a erradicação da febre amarela.

Assim, surgiu a vacina de combate a tal enfermidade, porém, a medida benéfica prometida por Oswaldo Cruz foi posta de forma arbitrária e agressiva, uma vez que todos/as eram obrigados/as a se vacinarem. É a partir dessa obrigatoriedade que a população se revolta, dando início a um movimento popular que ficou conhecido na história como revolta da vacina.

Apesar do caráter controlista, e de sofrer diversas críticas devido a obrigatoriedade, as medidas tomadas por Oswaldo Cruz surtiram efeitos positivos, chegando a efetiva erradicação da febre amarela.

Em 1920, Carlos Chagas sucedeu Oswaldo Cruz e aperfeiçoou todo o trabalho deste, criando estruturas especializadas em cada patologia que assolava a saúde da população a época, abrangendo atividades de saneamento com vistas à melhoria das condições de saúde do país, mais especificamente do Rio de Janeiro.

---

<sup>1</sup> Oswaldo Cruz (1872/1917) foi um dos protagonistas da história da saúde brasileira, uma vez que atuou como cientista, médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista. E, como se não bastasse tamanha amplitude profissional, apesar das circunstâncias inerentes à época em questão, conseguiu vencer a febre-amarela, que era uma enfermidade tão característica no país inteiro.

Foi a partir desse momento, que se deu o embrionário processo previdenciário, uma vez que este se pautou nas condições do trabalhador através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Assim,

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral (BRAVO, 2009, p. 90).

Para tanto, as CAPs<sup>2</sup> surgiram como um direcionamento do empresariado para atender às crescentes reivindicações da classe trabalhadora por melhorias nas condições de vida e trabalho, porém, a partir de uma perspectiva eminentemente contributivista, em que apenas os/as trabalhadores/as em situação formal (carteira assinada) no mercado de trabalho, teriam acesso a atenção à saúde.

Durante o século XX, foi repercutido um modelo de educação médica desenvolvido pelo educador estadunidense Abraham Flexner, o que ficou conhecido como modelo biomédico flexneriano.

Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país (ALMEIDA FILHO, 2010, online).

---

<sup>2</sup>De acordo com Polignano (2007, p. 08), “em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas”.

Assim sendo, torna-se viável expressar que Flexner, com esse modelo, trouxe uma discussão do processo saúde-doença com um caráter eminentemente físico, biológico, deixando à parte a apreensão de tantos outros elementos que compõem tal processo, e elevando os hospitais como o ápice da assistência em saúde. Por ter sido adotado no Brasil em determinado momento da história, o modelo flexneriano trouxe falhas estruturais para a gestão em saúde brasileira, uma vez em que esta ainda se mostra enviesada no hospitalocentrismo, bem como em outros fatores acima citados.

A partir da década de 1930, quando houve o reconhecimento dos trabalhadores enquanto classe, na busca de intervenções por parte do Estado/Empresariado, começaram a emergir os movimentos sociais e o papel do Estado passou a ser reconsiderado. Assim, o setor da saúde passou a ser organizado de maneira mais atenciosa pelo viés estatal, através de uma política que prezasse pelas condições sanitárias para a vida da população, de forma a refletir sobre os trabalhadores urbanos, tidos como sujeitos de grande relevância na dinâmica política e capitalista. Tal política se dava de forma a estabelecer uma responsabilidade com o controle sanitário e epidemiológico.

Desta maneira, a política de saúde assumia sua forma em âmbito nacional, dividida em duas áreas: a da saúde pública, através do decreto 4275, de 17 de abril de 1942 que “autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um Serviço de Saúde Pública” – SESP; e a área da medicina previdenciária que, ao surgir a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla (BRAVO, 2009, p. 92). Na ótica da prestação da assistência em saúde, os IAPs, representados pela união entre várias categorias profissionais, vieram propiciar certa assistência médica previdenciária aos trabalhadores contribuintes.

Entre as décadas de 1930 e 1940, as ações do Estado na saúde pública foram concentradas essencialmente nas campanhas sanitaristas e profiláticas; nas atividades de controle e combate à febre amarela e no interesse pelo ensino e

pesquisa nas áreas médica e científica. Além disso, nesse período ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a criação do primeiro Conselho de Saúde.

A referida CNS pautou-se em quatro eixos:

Organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra lepra e a tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (FIOCRUZ, online).

Em 1950, durante o governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde, com vistas a abranger uma legislação referente à higiene e segurança no trabalho. Assim, diante da necessidade de priorizar a separação entre os setores da saúde e educação, em 1953 o Congresso Nacional decretou e o então presidente Getúlio Vargas sancionou a Lei de nº 1920, de 25 de julho, que dispõe sobre a criação do Ministério da Saúde, órgão responsável pela atenção aos problemas relacionados à saúde da população.

Já nas décadas de 1960/1970, diante das condições ditatoriais vivenciadas, a política de saúde passou a privilegiar os interesses privados, devido ao fato de que a Previdência começou a adquirir serviços de hospitais particulares, oferecendo assim subsídios para a elevação dos meios privados, enquanto a saúde pública se encontrava numa situação lamentável.

Assim, em 1963, nos marcos do governo de João Goulart, foi viabilizada a III CNS, onde foi proposta a descentralização do Sistema de Saúde, atrelada à proposição de um plano nacional de saúde. Porém, tais propostas não surtiram efeito até então, uma vez que o Golpe Militar acabou por barrar todas as ações nos mais diversos âmbitos políticos, civis e organizacionais.

O regime militar veio trazer imensuráveis prejuízos sociais em geral, visto que, através da repressão-assistência, buscava modernizar os serviços estatais, com vistas a abranger ainda mais o poder de regulação e autonomia do Estado sobre a sociedade. (BRAVO, 2009, p. 93)

A política de saúde no Brasil durante o regime militar consistiu no predomínio financeiro das instituições previdenciárias e numa forte hegemonia técnico/burocrática que atuava diretamente na mercantilização dos serviços de saúde. Destarte, a saúde pública, durante esse período, foi notoriamente deixada

em segundo plano, onde a atenção para tal era voltada apenas no sentido de promoção de campanhas de pouca eficácia.

Nesse viés, em 1966, foi promovida uma unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, que ficou incumbido dos benefícios previdenciários da assistência médica aos segurados e seus familiares, o que veio representar uma maior atenção na assistência em saúde dos trabalhadores na condição de segurados, afinal, vale aqui ressaltar que, até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, passando-se a partir de então à contratação prioritária dos serviços privados de saúde.

Desse modo, o INPS passou a ser o grande comprador dos serviços privados de saúde, estimulando-se um padrão de organização da prática médica pela lógica do lucro. Além do fortalecimento do setor privado, a previdência manteve a expansão da medicina de grupo, modalidade em que as empresas contratavam uma empresa médica para assistência aos seus empregados, deixando de contribuir com INPS. A medicina de grupo também orientada para a comercialização da saúde e pelo lucro, teve grande expansão no período e destinava-se principalmente aos trabalhadores com maior poder aquisitivo (AGUIAR, 2011).

A partir de 1974, a atenção do bloco do poder voltou-se para as demandas exigidas pela sociedade, porém, tal atenção consistiu única e exclusivamente numa tentativa de reavaliar a relação Estado x Sociedade Civil. Assim, a política de saúde, nesse período, enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. Nessa contradição, algumas medidas de saúde pública foram retomadas, embora de forma limitada (BRAVO, 2007, p. 94). Tais medidas, objetivando o enfrentamento a “questão social” notoriamente vivenciada, foram por exemplo, uma maior abrangência na cobertura da assistência em saúde, utilizando como instrumentos a implantação de programas-piloto.

Em 1975, a crise do setor saúde foi discutida na V Conferência Nacional de Saúde, onde foram levantados os problemas da insuficiência, má distribuição e falta de coordenação dos serviços de saúde, atrelados à ineficiência. Nessa ocasião, o Governo Federal apresentou a proposta de criação de um Sistema Nacional de

Saúde através da Lei 6.229 que definia as atribuições dos diversos ministros envolvidos com a questão saúde, além das atribuições das instâncias federal, estadual e municipal. Assim, tal conferência contou com cinco eixos de debates:

I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais. (MS, 2011, online)

Logo dois anos depois, em 1977, foi realizada a VI CNS, que veio ampliar importantes direcionamentos da política brasileira de saúde, através das seguintes temáticas:

I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde. (MS, 2011, online).

Partindo desses direcionamentos, a década de 1980 já veio anunciar a insatisfação geral com o Sistema de Saúde da época, pelo seu caráter centralizador, excludente e insuficientemente administrado. Nessa perspectiva, veio a VII CNS, que buscou uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais gestados nessa insatisfação, e teve como temática norteadora “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”.

Apesar da superação do regime ditatorial, uma forte crise econômica foi deixada de herança por esse período avassalador. Assim, houve a construção do projeto da reforma sanitária que contou com a atuação de profissionais da saúde, de partidos políticos e da sociedade civil que clamavam por uma assistência à saúde para todos/as. Esse projeto foi um importante marco para a assistência em saúde, pois refere-se:

Ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor

saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (FIOCRUZ, 2015, p.02).

Nesse período, a preocupação com as condições da população foi amplamente discutida, acarretada pelo engajamento de novos sujeitos sociais na questão da saúde numa perspectiva política e democrática. Entre tais sujeitos, merecem destaque:

Os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2009, p. 95).

Dessa maneira, foi viabilizada uma concreta discussão acerca das condições de vida e saúde da população, onde a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, de maneira a universalizar o acesso por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS).

[...] universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

Um marco crucial para a política de saúde foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual ocorreu em março de 1986, num quadro de democratização social, contando com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas (incluindo diversos ramos organizacionais da sociedade civil, o que não

acontecias nas conferências anteriores). Tal CNS, colocou em pauta a necessidade do Estado assumir as propostas da reforma sanitária.

A VIII CNS partiu da compreensão de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, enfatizou ainda a necessidade da reestruturação do sistema de saúde com a criação de um Sistema Único de Saúde, que passasse a ser considerado como resultante de alguns fatores que estão no âmbito da promoção como: alimentação, lazer, trabalho, transporte, habitação, educação, renda, liberdade acesso aos serviços de saúde (BRAVO, 2011).

É exatamente a partir desse marco que em 1987 há a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Tal sistema tinha como diretrizes: “a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos”. (NETO, CUTAIT, TERRA, online)

A partir disso, pode-se fazer uma profunda reflexão acerca do protagonismo estabelecido pela política de saúde brasileira, paralelo ao momento histórico vivenciado. Segundo Machado *et al* (2007, online),

em nosso país, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, nos primeiros momentos, com a própria luta pela redemocratização do país, e assume, no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década. Desse movimento político, a Reforma Sanitária Brasileira foi pautada em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania. Nesse cenário, nasce uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções no prisma da compreensão holística do processo saúde-doença.

Com o movimento da reforma sanitária, a discussão acerca da saúde se expande para o conjunto da sociedade civil, de forma a atingir a massa da categoria populacional, introduzindo na sociedade o debate de saúde, deixando este de restringir-se aos seus fóruns específicos, passando a ser discutidos em diferentes fóruns existentes, como associações de profissionais, sindicatos e partidos políticos.



Portanto, o cenário pré-constituição era de disputas entre o modelo privatista, que defendia os interesses empresariais, a exemplo da indústria farmacêutica, e o projeto da reforma sanitária, o qual objetivava um sistema de saúde público, gratuito e universal.

A partir da Reforma Sanitária, a saúde passou a ser considerada como estado de bem estar biopsicossocial, sendo assim condição primordial para a vida humana. Um largo passo dado no que diz respeito à saúde se deu através da Constituição Federal de 1988, passando a ser considerada direito fundamental e, unindo-se à assistência e a previdência, integrando a seguridade social.

O atual texto constitucional significa um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por [...] abranger um conjunto integrado de ações visando assegurar o direito à saúde, à previdência e a assistência sociais, abolindo o caráter estritamente contratualista até então vigente, e reafirmando esses direitos como universais (COHN, *et al*, 2010, p. 13).

Ou seja, a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária foi imensamente significativa para a sociedade. Conquanto, foi criado em um período de inúmeros percalços enfrentadas no país, diante de uma forte instabilidade econômica, o que acarretou em sérios problemas tendo em vista a influência da conjuntura internacional neoliberal que, paralelo ao retrocesso do âmbito social, trouxe preocupantes dificuldades para a regulamentação dos princípios preconizados pela Constituição Cidadã.

Nesse contexto, a saúde passa a ser direito de cidadania regida pelos princípios da igualdade, equidade e universalidade, para garantir o acesso a todo e qualquer brasileiro, independentemente de classe social, raça, religião, sem distinção, discriminação ou preconceito, tendo sua execução por meio do SUS e, unida à assistência e a previdência, passa a integrar o tripé da Seguridade Social, que consiste em um conjunto de políticas sociais que objetivam o amparo e a proteção do cidadão. No título VIII, que trata da ordem social, a Constituição Federal, em seu artigo 194 vem abordar os objetivos da seguridade social:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade,

destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (CF, 1988).

Com vistas à corroborar com a normatização da saúde, foi criada em 19 de setembro de 1990 a Lei Orgânica da Saúde (LOS), lei 8.080/90, que juntamente com a lei 8.142/90, vem regulamentar as ações no que se refere a prestação dos serviços de saúde. Assim, nestas leis, fica estabelecido que a saúde é um direito fundamental, positivado de todo cidadão, e é responsabilidade do Estado o provimento das suas condições mínimas baseada na integralidade, não se resumindo as ações de saúde a atenção básica.

Conforme a LOS, as ações e serviços do SUS se dão pautados na promoção, prevenção e recuperação. A promoção em saúde significa estimular a qualidade de vida e de saúde através de atividades físicas, lazer, alimentação saudável, educação, arte. Segundo Paim (2009), “supõe atuar sobre “as causas das causas”, ou seja, os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida” (p. 46). No que se refere à prevenção, a atuação do SUS se destina a reduzir os riscos de doenças. Já a recuperação se dá através de estratégias na forma de tratamento para eliminar doenças, baseado em um diagnóstico. Por meio dessas três formas é que deve ser desenvolvido o tratamento integral a saúde de todos/as.

O SUS se organiza por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como princípios básicos a universalidade, equidade e integralidade, além da descentralização e hierarquização dos seus serviços.

## 1.2 A política de desmonte neoliberal e os seus reflexos na efetivação da Política de Saúde Brasileira

Os anos de 1990 são marcados pela reforma gerencial do Estado. Falar em reforma vem remeter imediatamente a ideia de mudanças positivas, porém, o Estado passou na verdade por uma contrarreforma visto que, nesse dado momento, no intuito de remodelar o papel estatal, foi adotada a política neoliberal. O cenário brasileiro se tornou um espaço de amplas discussões, uma vez que tal política norteia-se pelas recomendações do Fundo Monetário Internacional (FMI), baseando-se em critérios definidos, quais sejam: privatização, focalização, e descentralização. O cidadão tem se reduzido a “cidadão consumidor”, pagando para se ter acesso aos serviços (BERHING, 2008). A incorporação dessas medidas neoliberais começaram a se fazer presentes no governo de Fernando Collor<sup>3</sup> (1990-1992) e foram aprofundadas nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), através do massivo apoio e investimento do Estado aos setores privados. Diante desse quadro,

[...] observa-se o processo de destituição de direitos que vem no rastro da reforma conservadora do Estado e da economia e que desencadeia um crescente e persistente processo de sucateamento dos serviços públicos, de ofensiva sistemática contra os novos direitos consagrados na Constituição de 1988, a partir de ampla mobilização de forças sociais que lutaram pela democratização da sociedade e do Estado no Brasil (DEGENSZAJN, 2009, p. 5-6).

Ou seja, o neoliberalismo precarizou todas as políticas públicas, tornando-as mais bem mais seletivas, focalizadas e excludentes, o que penaliza as classes pauperizadas da sociedade que fazem uso dessas políticas. A partir desses fatores, o objetivo neoliberal é o de viabilizar o fortalecimento do setor privado em todas as

---

<sup>3</sup> Eleito em 1989, Collor levou “o país ao caos político e econômico com as medidas que adotou. Tomando posse em 15 de março de 1990, com um índice de inflação de 84% ao mês, instalou um plano de estabilização econômica de inéditas proporções, decretando a troca da moeda de cruzeiro novo para cruzeiro e o confisco de contas correntes e poupanças, objetivando atacar firmemente o problema da instabilidade da moeda e da inflação. Desconhecendo as leis, abusa das medidas provisórias, impactando a população e deixando confusos os partidos políticos e o Congresso Nacional” (MESTRINER, 2011, p. 198). Assim, após dois anos e sete meses de governo, Fernando Collor de Melo é protagonista do único impeachment da história política brasileira, o que trouxe à tona seu envolvimento em inúmeros casos de corrupção.

suas esferas, para tanto, o Estado passa a regular os direitos sociais e trabalhistas, de modo a minimizá-los.

Assim, a ofensiva neoliberal trouxe inúmeros prejuízos a sociedade em geral, tendo em vista a crescente precarização do trabalho, o alarmante índice de desemprego, o sucateamento de todos os serviços públicos que deveriam ser prestados pelo Estado. A partir dessa concepção, o governo reduziu os investimentos na saúde pública, a exemplo de todas as outras políticas, contribuindo para a saúde complementar por meio de planos privados de saúde. A adoção dessa política, que leva a uma quase total desresponsabilização do Estado para com as políticas públicas, promove a privatização e mercantilização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, posto que:

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2009, p. 100).

Destarte, o termo refilantropização vem se referir a expansão das Organizações Não Governamentais (ONGs), atrelada às parcerias firmadas com o Estado, o que vai mais fortemente retirar a incumbência estatal para com o social.

Em tempos neoliberais, a política de saúde torna-se cada vez mais minimalista para a sociedade. Exemplo disso pode-se destacar o governo Collor, que reduziu o orçamento da União para as ações em saúde, bem como para outros setores. Porém, é pertinente ressaltar que, embora a contrarreforma tenha acarretado em tantos prejuízos sociais, contudo o Estado ainda continua a ser o maior provedor de direitos, o que se pode absorver das seguintes categóricas colocações:

No campo da saúde, por sua vez, o conceito de universalização excludente confirma-se por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros, já que os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade permanecem no setor público [...]. Já

atendimentos de média complexidade e que requisitam tecnologia de ponta, muitas vezes restringem-se ao setor privado, o que torna seu acesso mais difícil por parte da maioria da população (BEHRING, 2008, p. 268).

Os governos que se seguiram, adotaram posturas que se aproximam desse caráter neoliberal, porém, durante os governos Lula e Dilma, mesmo em meio ao quadro caótico trazido por essa política de desmonte, os programas sociais passaram a ter uma maior visibilidade.

Diante de toda abordagem aqui discutida, torna-se nítida a premissa de que o surgimento e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde desde sempre obedeceu ao desenvolvimento da lógica capitalista em seus mais diversos desdobramentos. Para ir além de uma reflexão acerca dos desdobramentos do SUS, os princípios e diretrizes deste tornam-se, cotidianamente, insatisfatórios para a sociedade em geral que vive descontente com a escassez de recursos físicos, humanos e estruturais nas instituições de assistência em saúde, basta olhar a volta e perceber quão longo ainda é o caminho a se percorrer para que haja a real efetivação do que se encontra tão nítido e abrangente no plano teórico.

## **CAPÍTULO 2 - A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

### **2.1 Bases históricas e conceituais da Política Nacional de Humanização (PNH)**

Ao falar em humanização, em um primeiro momento, é possível que se estabeleçam diversos significados para o termo, porém este denota uma abrangência conceitual que é inicialmente delineada na década de 1950, ao passo em que recebe influência da Declaração dos Direitos Humanos, uma vez que esta traz uma abordagem acerca do Parto Humanizado.

Durante o período de 1950, tem-se uma nova discussão acerca da temática, tendo em vista as formas desumanas de tratamentos utilizados nos manicômios.

Outro vetor importante para a construção do que posteriormente seria a política de humanização foi o movimento de luta antimanicomial, baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que inicia uma discussão a respeito da Saúde Mental no Brasil. Esse movimento ganha expressão em 1970, a partir da grande mobilização de setores da sociedade civil organizada em um momento de luta pela redemocratização do país. Esse movimento pressupunha, entre outras coisas, a extinção de castigos corporais, mentais, psicológicos, considerados tratamentos, bem como do uso abusivo de medicamentos (CONCEIÇÃO, 2009, p. 05).

Assim, partindo da década de 1950 até o início dos anos de 1990, o conceito da humanização, torna-se maciçamente demonstrado unicamente pelo vínculo de atendimento à demanda da doença em si do indivíduo, de forma que a integralidade e a subjetividade deste eram totalmente exclusas das dimensões básicas que compõem um dos eixos do SUS, relegando os princípios humanizadores a segundo, terceiro ou último plano.

Nesse contexto, as reivindicações da sociedade civil organizada pela Reforma Sanitária visavam não apenas um sistema de saúde para todos, foi bem além, pois requeria um sistema eficiente, de qualidade, criticando o modelo hospitalocêntrico, que era facilmente identificado através dos seguintes aspectos:

Referência à fragmentação dos processos de trabalho em saúde; a centralização do poder; o ensino médico dissociado da realidade sanitária da população, voltado para a inovação e sofisticação de tecnologias, envolto e dependente da indústria farmacêutica; as longas e demoradas filas; a falta de *orçamento* para a saúde e outros - queixas que eram comumente expostas no fim da década de 1970 até o período que culminou com a pactuação do Sistema Único de Saúde. O que não significa dizer que muitas destas situações não persistam. Mas, elas foram foco de resistência e luta em um momento em que a saúde no país dirigia-se, de fato e de direito, apenas para alguns setores da sociedade (CONCEIÇÃO, 2009, p. 06).

A humanização em saúde diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre os profissionais, entre profissionais e usuários/as e também entre profissionais e gestão, de forma a agregar às capacidades tecnicistas, valores éticos e pautar-se no contato humano, contemplando amplamente a integralidade da pessoa humana, de forma a propor, assim, uma valorização dos processos de modificação dos sujeitos inseridos no âmbito na produção e promoção da saúde como um todo. Dessa forma, Baraúna (2005, online) afirma que,

[...] a humanização é um processo de construção gradual realizado através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos. Nesse contexto, humanizar é ter uma pré disposição para contribuir (o sentimento e o conhecimento) com o outro de forma ética, individualmente e independente, reconhecendo os limites, seus e o dele, compondo uma empatia entre indivíduos, possibilitando troca de informações.

Porém, a humanização só passa a ser identificada com mais ênfase nos anos de 1990, através do lançamento de programas que têm esse viés humanizador como uma base para a sua efetivação.

Portanto, a ênfase a essa temática se deu a partir da realização da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1992, que teve como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social”.

A complexidade da humanização da assistência em saúde está no fato de que, embora haja um padrão estabelecido para a sua concretização, cada instituição

e cada equipe de profissionais, têm suas maneiras singulares de intervir e compreender tal assunto e, por conseguinte, efetivar a mesma enquanto política necessária para o atendimento dos/s usuários/as na perspectiva da integralidade preconizada pelo SUS.

A partir dos debates realizados em torno do assunto, e compreendendo a sua relevância, a humanização adentra no contexto de precarização da política de saúde e, mais especificamente, na precarização hospitalar, uma vez que, por mais que seja um setor institucional de referência para quem procura auxílio nos momentos de dificuldades físicas, psíquicas e sociais, há a ausência de uma estrutura física institucional de qualidade, de recursos materiais, de equipamentos que qualifiquem os diagnósticos, etc.. Desta forma, a humanização passa a ser instituída e se traduz na construção do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no dia 19 de junho de 2001, através da portaria de nº 881, lançada pelo Ministério da Saúde que tinha José Serra como ministro, na busca por uma melhor qualidade da assistência hospitalar na integralidade do respeito à vida humana e nas relações profissional/profissional, profissional/paciente, profissional/gestão.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, objetiva promover a humanização da assistência hospitalar, a partir de intervenções institucionais para a criação, desenvolvimento e sustentação de iniciativas humanizadoras, introduzidas progressiva e permanentemente, visando, em seu conjunto, a construção de uma nova cultura de atendimento à saúde da população, pautada no respeito à saúde da população, pautada no respeito à vida humana (PNHAH, 2001).

O PNHAH traz uma orientação geral para todos os projetos que tem caráter humanizador, no âmbito da saúde. Assim, vem estimular a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação entre esses vários setores de atendimento da instituição de saúde. Embora o setor hospitalar não seja o único espaço em que a saúde é tratada, os hospitais constituem espaços onde a falta de humanização é mais vislumbrada.



Segundo o Ministério da Saúde (MS), os principais objetivos do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, dirigidos aos hospitais da rede pública são:

Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalares brasileiras credenciadas ao SUS; Modernizar as relações do trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar sua imagem pública junto à comunidade; Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; Conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; Estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimento e experiências nesta área; Desenvolver um conjunto de indicadores e parâmetros de resultados e sistemas de incentivos ao tratamento humanizado; Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar credenciada ao SUS (BRASIL, 2001).

Diante dessas informações objetivas acerca da implantação do PNHAH, pode-se compreender que tal programa, uma vez colocado em prática, só viria contribuir positivamente para uma busca pela efetivação de ações humanizadas e comprometidas com a integralidade do paciente, dos familiares e dos profissionais.

Além do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, cabe aqui ressaltar a criação de outros programas lançados pelo Ministério da Saúde no que diz respeito à humanização, dentre eles pode-se citar: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH –1999), que teve como principal objetivação uma prática avaliação dos serviços hospitalares, de forma a classificá-los entre cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo, assim um forte impacto trazido por tal programa veio na área de saúde mental, uma vez que esta teve um desdobramento específico por conta destes resultados, o que trouxe, entre outros benefícios, o financiamento dos leitos psiquiátricos; Programa de Acreditação Hospitalar (2001), que veio funcionar como um meio de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e trouxe um novo método avaliativo acerca do desenvolvimento das funções em saúde executadas pelas instâncias públicas, o que serviu como uma forte contribuição para a fiscalização e o controle governamental;

Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000) que refere-se a um instrumento utilizado pelo viés governamental para o desenvolvimento dos meios de assistência hospitalar até então ofertadas à população; com objetivos semelhantes ao programa anterior, também foi lançado o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999) que, assumindo uma nova postura metodológica, foi implantado para prestar consultoria e assessoria aos hospitais, assim, tal suporte se daria por meio de contratação de empresas especializadas em tais atividades; Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), que veio ratificar que o acesso das gestantes e dos recém-nascidos aos atendimentos qualificados em todas as etapas da gestação até o período neonatal, constitui um direito fundamental; Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), que objetiva uma qualificação e capacitação dos profissionais de saúde para que se haja uma efetiva prestação de assistência interdisciplinar para a saúde integral pais/bebê; Programa Saúde da Família (2002), que é um programa de imprescindível importância no que concerne às ações do SUS, posto que, através desse programa, tem-se os Postos de Saúde da Família (PSF's), como forma de reorganizar os serviços de atenção à saúde, especialmente na atenção básica; Programa Farmácia Popular do Brasil (2004), que veio corroborar com uma ampliação na assistência de medicamentos para indivíduos acometidos pelos problemas mais comuns; Programa Saúde na Escola (PSE, 2007) que, relacionado com as políticas educacionais, visa uma promoção de saúde e educação de modo integral para crianças e adolescentes inseridos na educação pública brasileira, para tanto, este programa; dentre muitos outros programas lançados.

Enfim, não adentrando aos méritos de cada programa em si, é cabível ressaltar que tais instrumentos governamentais trouxeram contribuições significativas para os rumos da assistência da saúde brasileira, o que não quer dizer que tornaram tudo “um mar de rosas”, mas que viabilizaram um maior acesso à população usuária diretamente na gestão participativa de avaliação e controle de desempenho das práticas voltadas para o contexto da saúde. Para tanto, com vistas a elucidar como se dão os resultados da implantação de programas como os citados acima, tem-se uma metodologia que abrange a identificação e avaliação das mudanças esperadas pela introdução de programas do SUS para a sociedade geral, e tal metodologia diz respeito à Avaliação do impacto na saúde (AIS).

Assim, é na perspectiva de fortalecer o compromisso em torno da humanização, no ano de 2003, durante o governo Lula, que o Ministério da Saúde veio lançar a Oficina Nacional Humaniza SUS: Construindo a Política Nacional de Humanização. Essa oficina acarretou na transformação do Programa supracitado em política, a Política Nacional de Humanização (PNH), firmada já em 2004.

Tal política é fruto da construção coletiva entre os mais diversos profissionais, gestores e usuários dos serviços do SUS, e vem abranger um caráter complexo e polissêmico: complexo, devido ao fato de englobar a dimensão biopsicossocial do indivíduo, integralizando vários princípios, dentre eles a subjetividade e a singularidade; e polissêmico diante da diversidade conceitual da expressão humanização. Para tanto, a complexidade e a polissemia vem dar suporte e respaldo à humanização com uma vertente profundamente arraigada às premissas do SUS.

De acordo com a PNH,

A humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (2003, p.01).

Portanto, na perspectiva da referida política, a humanização vai além de uma simples conceituação para a melhoria da gestão dos processos de saúde, pois através dela pode-se depreender uma estratégia interventiva na modificação dos sujeitos sociais envolvidos. Assim, a PNH tem como princípios os seguintes aspectos, quais sejam:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
3. Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da

gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. (PNH, 2003, p. 09).

Como uma forma de continuidade e respaldo à PNH, foi lançada a Rede Humaniza SUS, que consiste em um espaço de colaboração em que há o estabelecimento de trocas de ideias e compartilhamento de experiências humanizadoras. Através dessa política que preza pela modificação na atenção aos usuários e, conseqüentemente, pela mudança na produção da saúde, torna-se viável uma análise da efetivação da mesma nas instituições brasileiras de saúde. Mas, vale expressar uma pertinente indagação:

Como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas. Considerando a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência? (DESLANDES, 2004, p. 08).

E a autora ainda prossegue, relatando que “o conceito de humanização da assistência ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático” (2004, p. 8). Ou seja, diante da polissemia engloba na base conceitual da humanização, deve-se haver toda uma organização nos mais diversos núcleos operacionais que constituem uma instituição que presta serviços de saúde para, assim, a PNH ser cada vez mais conhecida e desenvolvida com tal.

Destarte, a PNH preza pela modificação na atenção aos/as usuários/as e, conseqüentemente, pela mudança na produção da saúde, de modo a enaltecer a subjetividade dos sujeitos que buscam os serviços de saúde.

É interessante notar que a efetivação da PNH considera tanto as questões objetivas, quanto as de caráter objetivo e, de forma a trazer uma reflexão acerca de tais considerações, torna-se importante ressaltar uma dualidade objetiva/subjetiva: o espaço físico/a visão profissional. Partindo de tal dualidade, pode-se denotar que ambas coexistem na prática profissional nos hospitais. Assim, o espaço físico em que a política de saúde é desenvolvida, de certa forma, pode apresentar o zelo no

cuidado com os/as usuários/as, bem como na qualidade dos serviços prestados, uma vez em que uma instituição de saúde desagradável, mal organizada, com falta de leitos, que não consegue abranger às demandas, é gerada uma situação que pode causar repercussões no bem-estar do indivíduo que já está fragilizado fisicamente; e atrelado a isso, é imprescindível uma visão profissional que ultrapasse as fronteiras do tecnicismo, de modo a vislumbrar os valores e singularidades da população usuária do SUS afinal, a formação de boa parte dos profissionais de saúde, em que pesem todos os esforços do projeto de integralidade e de humanização, continua fortemente marcada perspectivas mecanicistas que tratam a pessoa usuária como uma mera patologia, tendo em vista que “o mais profundo da práxis do setor persiste um menosprezo pelo enfermo como um ser portador de liberdade e de auto-determinação” (MINAYO, 2004, p. 20).

Conforme mencionado neste capítulo, a humanização hospitalar requer além de uma estrutura física, tecnológica, com boa gestão, ou seja, requer estrutura humana que respeite cada sujeito, em suas particularidades e singularidades, a qual seja capaz de propiciar no ambiente hospitalar, um espaço propício ao fomento de iniciativas mais dinâmicas, democráticas, participativas e acolhedoras.

Segundo Bolela (2008), uma instituição humanizada passa a ser imbuída de princípios sócio-afetivos que norteiam uma visão holística do cuidado, estando diretamente ligados a uma maturidade emocional, subjetiva de cada profissional que compõe a sua estrutura organizacional.

Portanto, a humanização em si não é efetivada apenas através da universalização do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, devendo haver também uma contínua qualificação desses serviços. Nesse viés, denota-se que um resgate dimensional da arte do cuidar pode ser realizado através da percepção de que o cuidar humanizado proporciona, indubitavelmente, sucesso nos processos de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde do paciente.

Destarte, interessante seria a criação de processos de comunicação entre os mais diversos setores da rede hospitalar, o que possibilitaria a abrangência de laços, unidos numa mesma perspectiva: instaurar práticas humanizadas, respeitando a dignidade da pessoa humana, além de correlacionar os aspectos tecnicistas aos aspectos de interessoalidade dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Assim, todos esses fatores trazem reflexões a serem feitas pelas gestões participativas do processo de assistência em saúde, de forma a suprir as falhas da

prática da política de saúde brasileira, trazendo assim a efetivação do que está escrito no texto constitucional que é referência mundial.

Ao analisar a assistência em saúde proporcionada aos cidadãos brasileiros, é perceptível que há muitas questões passíveis de mudanças emergenciais, pois a realidade está muito distante do que é “garantido” no texto constitucional que, vale mais uma vez ressaltar, é considerado um dos mais bem elaborados, servindo inclusive de modelo para outros países. Tal afirmação poderia requerer toda uma argumentação teórica, haja vista os pontos estabelecidos no SUS, porém, basta fazer uma visita às instituições de saúde, para identificar a disparidade entre o arcabouço conceitual do sistema e a verdadeira realidade brasileira.

Nesse sentido, a efetivação da PNH no espaço sócio institucional é de excepcional importância, para que tanto os/as usuários/as, quanto os seus familiares possam sentir um maior apoio e conforto. Salientando que tal política, na verdade, se configura como direito de todos/as e dever de todos/as profissionais.

Contudo, apesar de toda a relevância identificada através das bibliografias analisadas e da pesquisa realizada, pode-se depreender que a humanização na saúde brasileira se configura como um grande desafio a ser rompido pela tríade composta profissionais/gestores e usuários/as.

## **2.2 O papel do Serviço Social na efetivação da PNH**

Adentrando na perspectiva da prática profissional do Serviço Social inserida no campo da saúde, enfatiza-se que esta seu deu a partir da realidade norte-americana durante o século XX, que refletia um cenário de ampliação da assistência em saúde de forma hospitalocêntrica, o que acarretou na construção de várias instituições hospitalares e requereu uma dinâmica profissional que se fizesse presente na prestação de tal assistência.

Assim, Friendlander (1969 *apud* Bravo, 2013, p. 92), destaca alguns aspectos que dizem respeito às atividades operadas pelo assistente social no seio hospitalar, naquele contexto, quais sejam:

Visitas aos enfermos após a alta, para verificar os efeitos do tratamento médico e dar instruções à família sobre dietas e a forma de administrar as prescrições médicas; verificação das influências das condições de vida, sociais e econômicas nas enfermidades dos pacientes, através de contatos com paciente e família e repasse dos dados coletados ao médico; explicação à família da natureza da enfermidade e orientação sobre as precauções específicas que deve tomar para evitar a reincidência da doença; obtenção de ajuda financeira para o paciente, através das organizações sociais quando havia necessidade.

Então, diante de tais preceitos que norteavam o cotidiano do Serviço Social na saúde, pode-se notoriamente compreender que a profissão se dava apenas de forma a complementar o trabalho que seria inerente aos médicos, sendo esses totalmente mecanicistas e reprodutores de cuidados que se limitavam ao físico, ou seja, a medicina propriamente dita estava longe de ser praticada pelo cuidado integral ao paciente.

Ainda segundo o autor supracitado, outro viés integrado ao Serviço Social, após a Primeira Guerra Mundial, se deu através da atuação dos profissionais na atenção aos danos neuropsiquiátricos dos militantes bem como dos seus familiares. Dessa forma, mais uma vez, os sujeitos profissionais do Serviço Social atuaram como meros retratadores das funções cabíveis aos profissionais da medicina e dando-se por uma lógica extremamente psicologizante. Frente a esses contextos, o Serviço Social se insere na América Latina, primeiramente na área da saúde e, posteriormente, passa a ganhar legitimidade, uma vez que acompanha a dinâmica societária em seus marcos históricos.

Trazendo para a realidade brasileira, o surgimento do Serviço Social se deu devido a conjuntura histórica, social e econômica que marcou os anos de 1930, conforme mencionada no capítulo anterior. Assim, as demandas chegadas na área da saúde foram atendidas através da metodologia do Serviço Social de Caso, que consiste na compreensão das questões dos “clientes” por uma forma estritamente individual, sem se considerar os meios externos concernentes a tais problemas. A partir daí, as demandas do Serviço Social se expressam em várias fases do processo saúde-doença no âmbito hospitalar, pois se fazem presentes, segundo Bravo (2010), seja na admissão, na internação ou na alta hospitalar do paciente.

Apenas a partir da década de 1970, o Serviço Social na área da saúde passou a desenvolver práticas de saúde coletiva, porém, com a crise cíclica do capital e o conseqüente retrocesso do Estado de bem estar social, o Serviço Social se deparou com o controle das despesas orçamentárias da União, que afetou diretamente a efetivação dos programas e das políticas sociais, especialmente nos serviços de promoção à saúde.

Durante as décadas de 1980/1990, o Serviço Social contou com a elaboração de um Projeto Ético-político, que é fruto de uma construção coletiva, diante do processo de redemocratização do país, bem como da renovação do Serviço Social. A partir da construção de tal projeto, novos horizontes profissionais são vislumbrados, uma vez que se busca um rompimento as práticas conservadoras, ao passo em que a criticidade entra em cena de forma renovada, com uma profunda visão holística da realidade.

O projeto ético-político do Serviço Social veio consolidar-se nos anos de 1990, tendo em vista a transformação societária vivenciada no Brasil que acabou por modificar os mais diversos âmbitos: estatais, políticos, culturais e econômicos. Essa transformação, conforme discutida no capítulo anterior, se deu pela adoção da vertente neoliberal, o que acarretou em diversos prejuízos sociais, paralelos à maximização do capital.

Tendo em vista tamanhos marcos históricos vivenciados nas décadas supracitadas, o Serviço Social, tanto na área da saúde como nas demais esferas, passa a pautar-se nos princípios desse projeto que norteia a atuação profissional, uma vez que vem defender de forma intransigente dos “valores ético-políticos – a da defesa da justiça social, da democracia, da cidadania, e da construção de uma sociedade sem exploração de classe, gênero e etnia” (BRAVO, 2013, p. 177).

Nesse cenário, os anos 2000 são embalados por certa continuação do viés neoliberal, porém volta-se também, embora que de forma ainda superficial, para as políticas sociais. Entretanto, a saúde, como direito constitucional dos cidadãos, ainda é subsidiada de forma promíscua, uma vez que é ineficiente para as demandas da população. É diante de tal ineficácia que o assistente social se insere para vir a viabilizar, mesmo que minimamente, o direito fundamental que é garantido por lei, mas que é violado cotidianamente. Para tanto, nesse sentido, o profissional do Serviço Social precisa:



[...] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde da instituição e não submeter a operacionalização do seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente, com outros trabalhadores da saúde, espaços nas instituições que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento à possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e sua relação com o Serviço Social” (BRAVO, 2013, p. 179-180).

Em as inúmeras atribuições do Serviço Social na área da saúde, pode-se denotar que é necessária toda uma articulação entre um complexo arcabouço teórico/crítico e uma prática profissional direcionada aos preceitos enfatizados tanto no Código de Ética quanto no Projeto ético-político que rege a profissão. Enfim, deve atuar como um profissional crítico, criativo, competente e consciente (IAMAMOTO, 2012), mesmo em meio a tantas contradições do sistema vigente.

### 2.2.1 O Serviço Social no Hospital Regional de Sousa

O Serviço Social foi inserido no HRS no ano de 1999, quando a instituição já apresentava uma crescente demanda.

Dentre as inúmeras demandas institucionais que são voltadas para o Serviço Social no HRS, pode-se citar as seguintes: mediação nos processos de transferência de pacientes para hospital de alta complexidade; visitas nos leitos; acionamento ao Ministério Público ou outros órgãos em casos de pacientes vítimas de violência ou abandono; mediar as marcações de exames e prestar orientações sociais.

Atualmente, a equipe de Serviço Social é formada por doze assistentes sociais. Os assistentes sociais utilizam-se dos seguintes instrumentos: livro de ocorrência, livro de protocolo, livro de óbito, livro de transferência, telefone e computador.

De acordo Bravo (2004), os/as assistentes sociais, a partir da sua intervenção profissional, procuram buscar compreensão dos aspectos econômicos, sociais e

culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando técnicas para o enfrentamento dessas questões. Seu exercício profissional deve ter como eixo central a busca criativa e ininterrupta da integração desses conhecimentos, associados aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social.

Em face às exigências e possibilidades postas aos assistentes sociais, pode-se enfatizar dois aspectos de primordial relevância: a consciência ética e responsabilidade; e o compromisso ético-político com os usuários. O primeiro diz respeito aos elementos que o profissional detém para que haja uma ação ética, são eles: “vontade, racionalidade, consciência, senso moral ou capacidade de responder por seus atos e discernir entre valores morais” (BARROCO & TERRA, 2012, p. 77). Ou seja, a partir do momento em que o profissional se reconhece como indivíduo dotado de singularidades, tende-se a ultrapassar essa linha de raciocínio para os usuários do SUS, logo, passará a respeitar o usuário em sua integralidade.

Já o compromisso ético-político com os/as usuários/as, elucida que “a objetivação ética do compromisso com os usuários supõe uma postura responsável e respeitosa em relação às suas escolhas, mesmo que elas expressem valores diversos dos valores pessoais do profissional” (IDEM, 2012, p. 87). Diante disso, pode-se associar tais fatores aos preceitos da PNH, afinal, esta preza pelo reconhecimento dos sujeitos em suas particularidades e singularidades. Assim, o profissional ao objetivar uma prática de atendimento humanizado precisa, indubitavelmente, deve, indubitavelmente, respeitar dos/as seus/as usuários/as, independente das premissas pessoais do assistente social.

Salientamos que, a efetivação da PNH está diretamente relacionada aos dois aspectos mencionados, tendo em vista que os mesmos- consciência/postura ética e responsabilidade- são imprescindíveis para a busca da viabilização dos direitos da população usuária das políticas públicas de modo geral.

Porém, é interessante notar que esse compromisso não é algo que deva ser assumido apenas pelos/as profissionais de Serviço Social, mas por toda equipe profissional existente na instituição. Portanto, eis um desafio a ser rompido, tendo em vista que trabalhar subsidiado na perspectiva da interdisciplinaridade, se configura como um avanço que ainda necessita ser construído, pois geralmente os/as profissionais se fecham nos seus mundos intelectuais particulares, atendo-se apenas ao trabalho multiprofissional pragmático e imediatista.

Tais posturas dificultam a realização de trabalhos e intervenções que venham a contribuir, de modo mais significativo, na efetivação da assistência a saúde com respaldo no princípio da integralidade defendido pelo SUS e estabelecido na Lei Orgânica de Assistência Social.

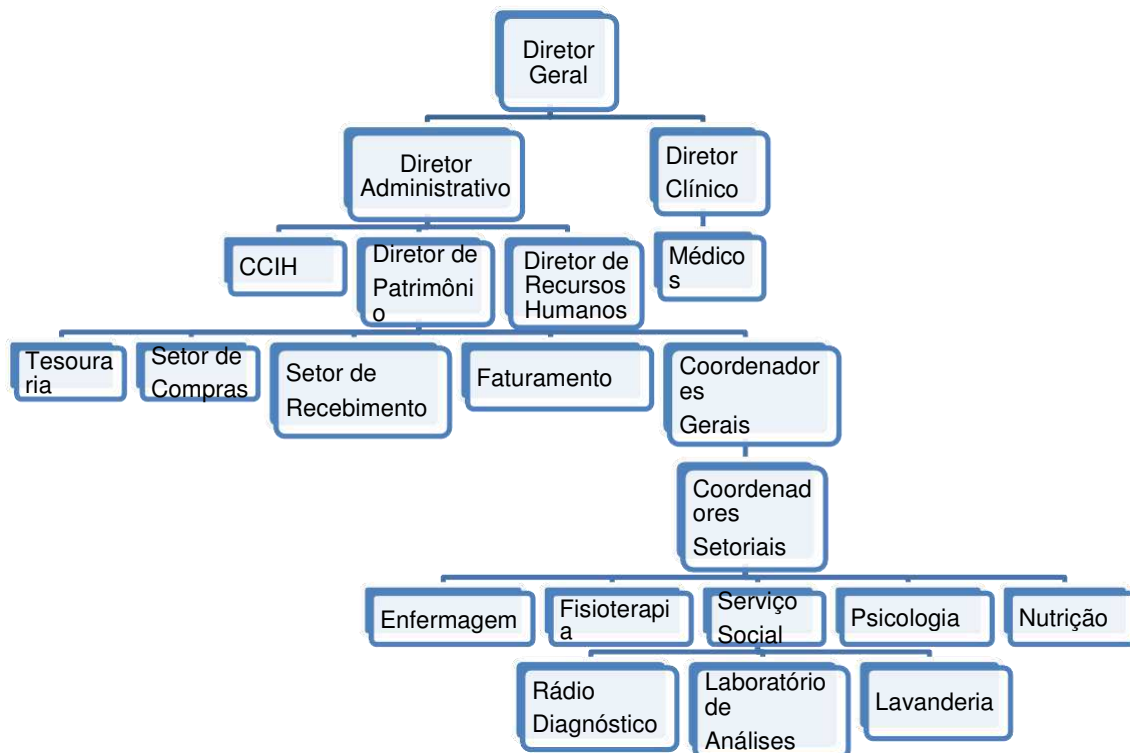
## **CAPÍTULO 3 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA**

### **3.1 Caracterização da Instituição**

O Hospital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, conhecido por Hospital Regional de Sousa, é uma instituição pública considerada de média complexidade, que envolve inúmeras categorias específicas. É composto por multiprofissionais direcionados ao atendimento de acordo com o seu desenvolvimento profissional, trabalhando em combinação com a ética e com o objetivo de prestar assistência a sociedade de Sousa e alto sertão, onde se instituem os serviços de proteção básica, com um atendimento humanizado e de qualidade, avançando na saúde pública de Sousa.

A instituição foi fundada em 20 de novembro de 1980, durante o governo de Tarcísio Miranda Buriti, com a finalidade de oferecer melhores condições de saúde a população, que então na época padecia por não ter um hospital que desse suporte às demandas de urgência e emergência. A população sentia a necessidade de um hospital desse porte no município de Sousa, pois na ausência do HRS, deslocavam-se para hospitais de Campina Grande ou João Pessoa, sendo que muitas das vezes os pacientes dependendo da gravidade não conseguiam ter um atendimento prévio, chegando a óbito.

O Hospital Regional de Sousa está localizado a Rua José Facundo de Lira s/n, no Bairro Gato Preto, e atualmente é composto por 708 profissionais, dentre estes: 01 Diretor Geral; 01 Diretor Clínico; 01 Diretor Administrativo; 105 Médicos; 65 Enfermeiros; 07 Nutricionistas; 10 Técnicos em Ortopedia; 160 Técnicos em enfermagem; 13 Técnicos em raios-X; 12 Técnicos em laboratório; 08 Psicólogos; 12 Assistentes Sociais; 10 Farmacêuticos; 12 Bioquímicos; 10 Auxiliares Administrativos; 10 Auxiliares de farmácia; 12 Faturistas; 01 Digitador; 07 Auxiliares de manutenção; 07 Motoristas; 06 Vigilantes; 10 Maqueiros; 18 Cozinheiras; 34 Auxiliares de limpeza; 01 Jardineiro; 17 Recepcionistas; 09 Atendentes; 04 Telefonistas; 18 Auxiliares do serviço de apoio; 02 Costureiras; 18 Lavadeiras.



A estrutura hospitalar da instituição é dividida em dois pavimentos compostos de expurgo, arsenal, posto de enfermagem, repouso médico e de enfermagem, gasômetro, copa, sala de estar para visitantes. Então tem-se: Clínica médica – 29 leitos (03 enfermarias femininas com 13 leitos e 02 enfermarias masculinas com 12 leitos; 02 controles com 04 leitos); Cirurgia geral- 39 leitos; Clínica Cirúrgica / Traumatologia com 18 leitos (09 enfermarias com 02 leitos cada); Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 07 leitos com 01 controle; Pronto atendimento - 09 leitos (Eixo vermelho com 03 leitos; eixo amarelo com 06 leitos e eixo verde com 01 sala); Centro Cirúrgico - 04 salas (02 salas de cirurgia ortopédica e 02 salas de cirurgia geral); Unidade de recuperação de pacientes (URPA) – 03 leitos; Triagem: 03 leitos; Central de material para esterilização (CME), contendo expurgo, sala de preparo, esterilização, arsenal, repouso médico e enfermeiro, vestuário feminino e masculino; Emergência - 02 recepções (01 emergência e 01 atendimento ambulatorial, por classificação de risco); Triagem - 01 sala; Consultórios - 02 salas; Sala de Serviço Social; Sala ECG; Pequena cirurgia; 03 Postos de enfermagem; Repousos - 04 quartos; Serviço de Nutrição e

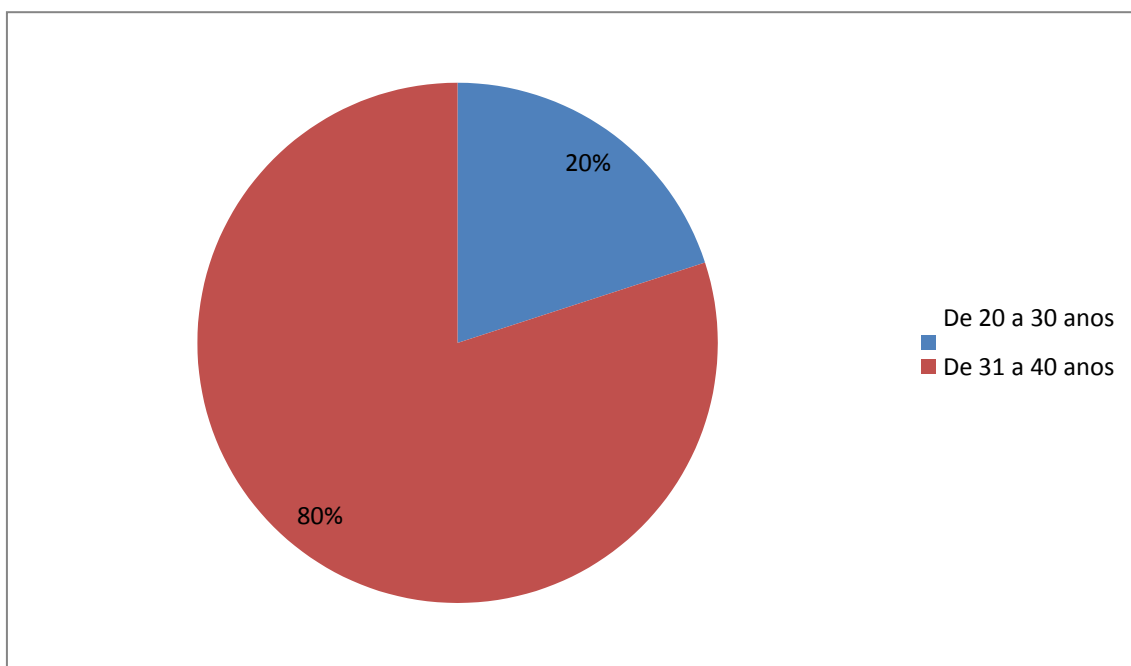
Serviço de Psicologia - 01 sala dividida em cozinha, refeitório, lactário, almoxarifado de nutrição; Serviço de farmácia; Lavanderia - Área suja e Área limpa; Setor de costura; Almoxarifado de lavanderia; Almoxarifado de limpeza; Serviço de laboratório - 01 sala; Necrotério; Setor administrativo - 12 salas (Sala de diretoria, Sala administrativa, Sala de recursos humanos, Sala de tesouraria, Sala de contas médicas, Sala de setor de compras, Sala de reunião, Sala de epidemiologia, Sala de raio-X, Sala de ortopedia, Sala de ultrassonografia (USG), Sala de Central telefônica).

O Hospital Regional de Sousa dispõe dos seguintes equipamentos: 02 raios-X, sendo um móvel e um fixo; 01 aparelho de ultrassonografia; 18 bombas de infusão; 06 monitores multiparâmetros; 09 camas de Fowler elétricas; 12 respiradores; 04 mesas cirúrgicas; 06 focos, sendo 05 fixos e 01 móvel; 03 carros de anestesia; 06 aspiradores; 08 macas; 08 cadeiras de rodas; 04 balas de oxigênio.

Para manter toda a estrutura do Hospital Regional de Sousa, segundo o setor administrativo, o Estado em contra partida do município, dispõe a quantia mensal de R\$1.100.000,00 (Um milhão e cem mil reais), que são destinados a manutenção geral da instituição. No momento, não existem projetos que contemplem a instituição, porém, os objetivos institucionais do hospital se destinam a: Potencializar melhores atendimentos, para atender as demandas; Promover acompanhamentos específicos de acordo com as demandas; Promover acesso as ações sociais, contribuindo para uma melhoria social; Buscar novas estratégias, respeitando os princípios da ética e cidadania, no que se refere à prevenção e controle dos agravos.

## **3.2 Análise dos dados da Pesquisa**

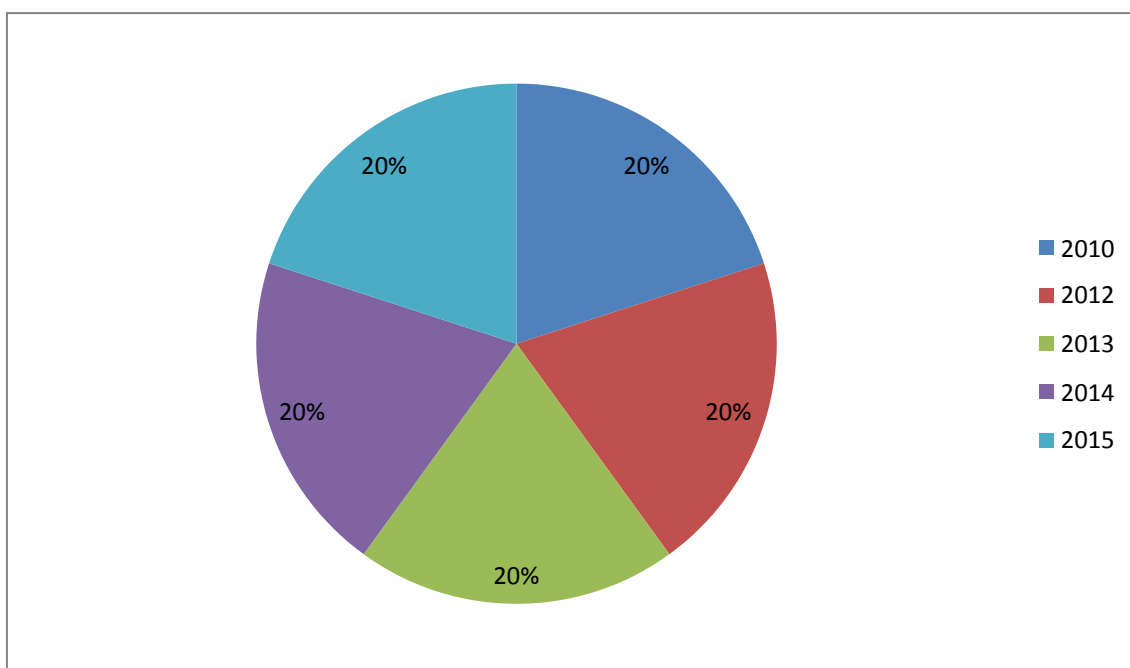
### **3.2.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa**

**Gráfico 1 – Faixa etária dos sujeitos da pesquisa**

Fonte: Primária. Pesquisa realizada no HRS, 2016.

A partir do gráfico acima, pode-se depreender que 80% (oitenta por cento) dos sujeitos da pesquisa estão na faixa etária compreendida entre trinta e um e quarenta anos, e 20% (vinte por cento) entre vinte e trinta anos. Ou seja, os dados revelam que a maioria das profissionais são relativamente jovens.

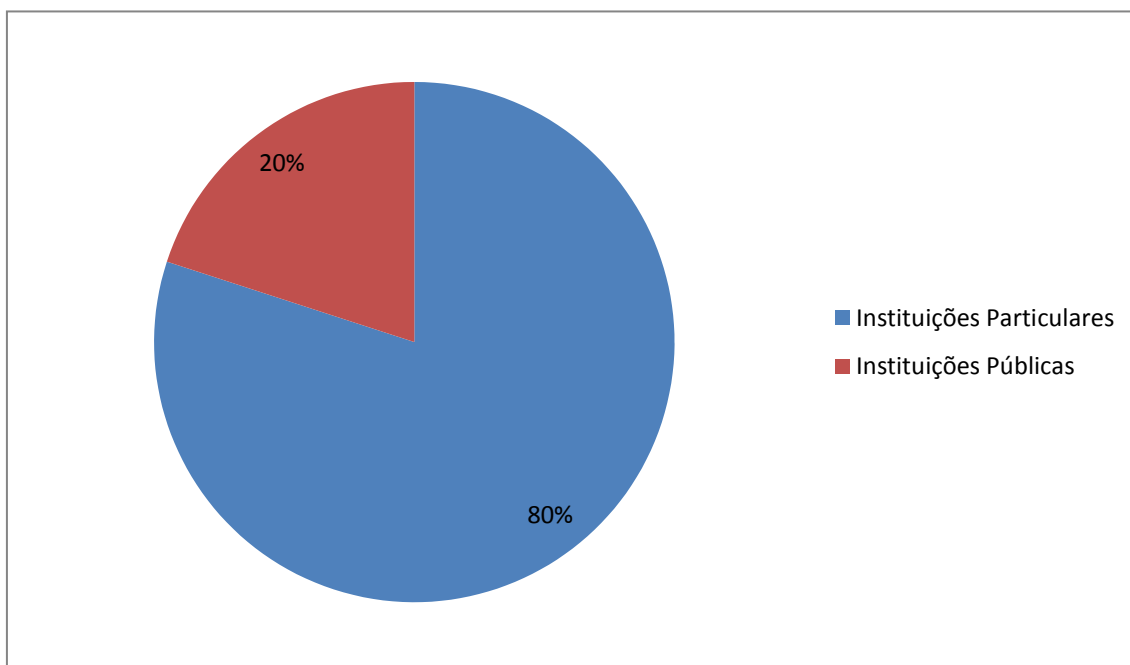
Cabe ressaltar que apesar de no Serviço Social existir a presença de profissional do sexo masculino, todas as profissionais que participaram da pesquisa são do sexo feminino, o que não se deu de forma intencional, mas de acordo com a disponibilidade dos/as profissionais para participarem da pesquisa.

**Gráfico 2 – Ano de Formação Acadêmica**

Fonte: Primária. Pesquisa realizada no HRS, 2016.

Quanto ao ano de formação profissional, evidenciou-se que as profissionais concluíram o curso de Serviço Social de 2010 a 2015. Tais dados são reveladores de que as assistentes sociais entrevistadas têm formação recente, assim, embora as mesmas não tenham uma profunda experiência com a prática profissional (no sentido cronológico), provavelmente tendem a trazer um atual acúmulo teórico que pode contribuir significativamente para o desenvolvimento da prática profissional.



**Gráfico 3 – Instituições de Conclusão do Ensino Superior**

Fonte: Primária. Pesquisa realizada no HRS, 2016.

Em relação às instituições em que concluíram o ensino superior, 80% (oitenta por cento) das profissionais entrevistadas concluíram em instituições privadas, ao passo em que apenas 20% (vinte por cento) tiveram acesso ao ensino superior público.

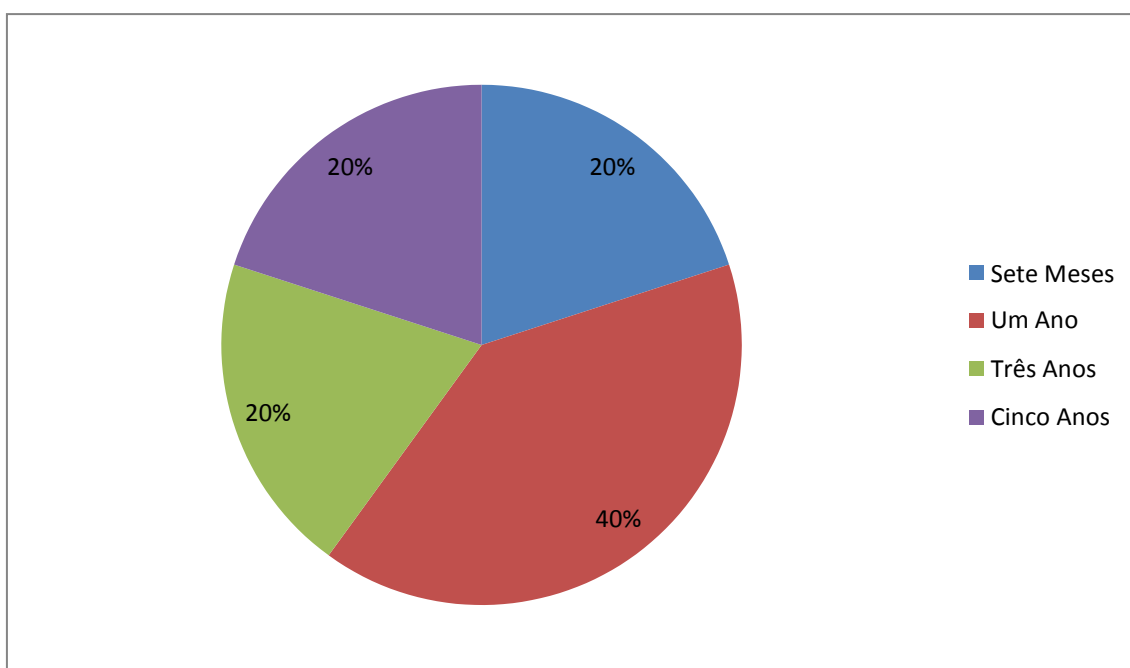
Salienta-se que, dentre as profissionais que concluíram em instituições privadas, 60% (sessenta por cento) foi na educação a distância, aspecto o qual pode revelar a formação ainda mais precarizada desses profissionais, podendo trazer reflexos para a prática profissional, pelo fato dessa modalidade de educação não apresentar compromisso com a formação, diante do aligeiramento da própria formação, dos materiais utilizados, dentre outros aspectos.

Porém, não cabe enfatizar a partir da afirmação acima, que todos/as os/as profissionais formados pela educação a distância sejam descompromissados, incapazes teoricamente, ou frágeis do ponto de vista técnico-operativo, pois em toda regra há exceções.

Quando indagadas se fizeram ou estão fazendo algum tipo de qualificação, a nível de pós graduação, evidenciou-se que 60% (sessenta por cento) das profissionais estão em processo de qualificação.

A formação profissional continuada é de suma importância para a obtenção de conhecimentos que só vem agregar na articulação para a eficiência da prática do Serviço Social.

**Gráfico 4 – Tempo de Trabalho no HRS**



Fonte: Primária. Pesquisa realizada no HRS, 2016.

A pesquisa revelou que 20% (vinte por cento) estão trabalhando no HRS há sete meses; 40% (quarenta por cento) há um ano; 20% (vinte por cento) há três anos e 20% (vinte por cento) há cinco anos, ou seja, a maioria das profissionais que atuam no HRS apresentam experiência recente na efetivação da política de saúde.

Quando indagadas se trabalham em outras instituições, 60% (sessenta por cento) trabalham apenas no HRS, 40% (quarenta por cento) das profissionais conciliam suas atividades no HRS com atividades realizadas em outras instituições.

### 3.2.2 Compreensão dos sujeitos da pesquisa sobre a PNH

O conhecimento sobre a PNH se configura como indispensável para o desenvolvimento das práticas em saúde, afinal, esta área trabalha com usuários/as que se apresentam em situações de vulnerabilidade nas suas mais diversas expressões, a qual se intensifica com mais incidência devido a estes/as estarem acometidos/as por problemas de saúde.

Na perspectiva de compreender as concepções das assistentes sociais, sujeitos da pesquisa, acerca da PNH, foram feitos questionamentos, nos quais foram possíveis a identificação de quatro posturas diferenciadas, que serão apresentadas a seguir.

Inicialmente, é importante denotar que a totalidade da amostra pesquisada afirmou conhecer a PNH. Porém, 20% (vinte por cento), o que denominaremos de primeira postura, não demonstrou o nível de conhecimento acerca de tal política, apesar de reconhecer a sua importância. Vejamos:

Esta política nos foi apresentada muito superficialmente, mas sua pauta é de grande relevância [...] (Entrevista 01).

A partir da fala acima, pode-se depreender que a profissional mencionada reconhece que a PNH é importante, contudo atribui o seu pouco conhecimento diante do fato desta política ter sido repassada de forma perfunctória. No entanto, longe da perspectiva de conceber que o/a profissional deve saber de tudo, tendo em vista que o todo é inesgotável, compreende-se que os/as profissionais de um modo geral, têm o dever de conhecerem as políticas as quais operacionalizam no seu cotidiano de trabalho, afinal, o mercado de trabalho do Serviço Social vem exigindo cada vez mais métodos de qualificação e incorporação de aptidões e embasamento teórico crítico e reflexivo do fomento às constantes modificações nos processos de trabalho.

A segunda postura representa 40% (quarenta por cento) do universo pesquisado, reconhece a importância da PNH e demonstra certo nível de conhecimento sobre o assunto.

[...] contribui para que os trabalhadores possam ser incluídos na tomada de decisão, como também chama atenção para os direitos dos usuários, que são garantidos por lei e que muitas vezes são negados. Aplicado de maneira correta, creio que o atendimento aos usuários seriam mais eficientes (Entrevista 02);

A Política Nacional de Humanização, lançada em 2003, é de suma importância no âmbito profissional e na qualidade para um melhor serviço mediante os usuários do Sistema Único de Saúde, contribuindo para uma melhor qualificação entre os gestores, profissionais e usuários da saúde, construindo barreiras para enfrentar a desumanização mediante os serviços ofertados pelo SUS (Entrevista 03).

A terceira postura, corresponde a 20% (vinte por cento) da totalidade e, de certa forma, relaciona-se a segunda, na medida em que expressa o reconhecimento da importância da PNH, mas enfatiza a impossibilidade da aplicabilidade da referida política, vejamos:

Ela é muito importante para a área da saúde, porque ela traz o acesso, qualidade e humanização na atenção a saúde vindo para a melhoria bastante o atendimento qualificado, acolhedor, no qual o paciente possa sentir-se como gente, como pessoa que tem valor, digna de ser cuidado em sua patologia e/ou necessidade, recebendo atenção e respeito (Entrevista 03).

Em face da fala exposta acima, compreende-se que a profissional reconhece a proeminência da PNH, mas, ao mesmo tempo, enfatiza de certo modo a sua inviabilidade no desenvolvimento da prática cotidiana, o que poderia denotar uma postura fatalista, porém, ao mesmo tempo, sensata na medida em que reconhece que a referida política deve ser desenvolvida por todos/as profissionais da instituição, afinal, uns dos princípios norteadores da PNH são justamente o fortalecimento dos vínculos do trabalho entre a equipe multiprofissional, com vistas a incentivar a grupalidade; além da constante utilização da comunicação, elemento imprescindível para o protagonismo da coletividade profissional.

Posteriormente, a quarta postura identificada acerca das contribuições da PNH para os serviços de saúde representa 20% (vinte por cento), traz uma certa contradição, uma vez que afirma conhecer a PNH, mas não consegue expressar a colaboração da mesma, vejamos:

Acho que ela é uma política que foi lançada para colocar em prática os princípios do SUS, qualificando a saúde pública (Entrevista 04).

Notoriamente, na fala acima relatada haja a afirmação de conhecimento da PNH, é demonstrada certa insegurança na abordagem da humanização como eixo

norteador que deve estar transversalmente operacionalizada em todas as instâncias do SUS.

Posteriormente aos questionamentos sobre o conhecimento e as considerações dos profissionais acerca da PNH, indagou-se acerca da operacionalização desta no cotidiano de trabalho de todos/as profissionais. Destarte, 60% (sessenta por cento) dos sujeitos consideram que, a partir das suas experiências no HRS, a PNH não é operacionalizada cotidianamente, ao passo em que 40% (quarenta por cento) assume uma opinião divergente da anterior. Porém, foram identificadas, entre a amostra pesquisada, quatro posturas distintas na argumentação teórica.

O primeiro posicionamento sintetizado, demonstra que a PNH não é efetivada por todos os profissionais da instituição devido a ausência de conhecimento da mesma:

Porque falta o conhecimento da Política Nacional de Humanização por parte da maioria dos funcionários da instituição (Entrevista 01).

O breve posicionamento da entrevistada demonstra uma análise bem superficial no que diz respeito aos fatores que dificultam a execução da política de humanização no HRS. Embora a ausência de disseminação do assunto para as mais diversas categorias de trabalho crie uma barreira para a operacionalização da PNH, não se pode colocá-la como um elemento determinante, visto que outros fatores podem vir a dificultar tal operacionalização.

Respectivamente, o segundo posicionamento identificado também vem demonstrar que não há uma operacionalização da PNH no HRS, mas por sua vez, vem estabelecer um outro fator que causa essa negação:

[...] não são todos os profissionais que se dispõem a trabalhar de forma conjunta e humanizada. Alguns só olham para o seu próprio bem-estar (Entrevista 02).

Como ainda existe a individualidade mediante profissional e usuários, às vezes fica bastante difícil pensar coletivamente, visto que apesar de inúmeras tentativas de soluções, ainda existem pessoas que não querem melhorar a qualidade do serviço (Entrevista 03).

O conteúdo das falas acima mencionadas certifica que falta o pensamento coletivo dos sujeitos envolvidos na operacionalização da PNH, uma vez que boa parte desses estabelece uma prática profissional de forma mínima e individualista. Tal aspecto se contrapõe a construção da PNH, afinal esta é fruto de uma construção coletiva entre sujeitos que identificaram a emergente necessidade de aprimorar “os princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS” (PNH, 2003, p. 07). Ou seja, a PNH surge como uma forma de desburocratizar os serviços de assistência à saúde, de forma a gerar uma crescente abordagem de uma visão holística dos sujeitos envolvidos nesse processo.

A terceira postura reconhecida aponta a afirmativa de que a PNH é efetivada no HRS, porém assinala contradições na argumentação. Vejamos:

Respondi sim, mas algumas vezes deixa a desejar porque precisamos de ferramentas para exercer bem nossa função e às vezes a entidade não dispõe. Diante disso, tentamos fazer o possível para fazer um trabalho humanizado para nossos usuários (Entrevista 04).

Uma vez analisado o discurso da entrevistada, pode-se sublinhar que, mesmo com a precarização na disponibilidade de instrumentos que viabilizem a efetivação da PNH, as profissionais, dentro de suas possibilidades, buscam operacionalizar suas atividades em consonância com o caráter humanizador preconizado pela PNH. Assim, faltou clareza na fundamentação dos argumentos, no que concerne exatamente aos instrumentos e técnicas que deveriam ser utilizadas para o exercício profissional. Além disso, a indagação dizia respeito a todos/as os/as profissionais do HRS, porém a entrevistada acabou por pautar-se de forma restrita aos profissionais do Serviço Social da instituição.

O quarto posicionamento, afirma que a PNH é efetivada no interior da instituição por todos/as os/as profissionais, para tanto, expressa de forma extremamente simplista e supérflua:

A instituição trabalha com a inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores em todos os processos de trabalho (Entrevista 05).

A entrevistada reproduz um discurso totalmente positivo e qualificado para as práticas de assistência em saúde no HRS, visto que declara que em todos os sentidos há essa relação entre os profissionais, usuários e gestores, porém não foi isso o que a pesquisa aqui apresentada identificou.

Contrariamente a tal posicionamento, é indiscutível a existência de constantes insatisfações dos/as usuários/as bem como de uma significativa parcela dos profissionais com os serviços de saúde ofertados pelo HRS. Assim, torna-se factível uma refutação ao posicionamento da profissional entrevistada, em face do contexto de precarização da política de saúde brasileira, abrangendo os mais diversos âmbitos no processo de trabalho de uma instituição hospitalar.

O questionamento subsequente relacionou-se às dificuldades de operacionalização da PNH no cotidiano da instituição, apresentando diferentes posturas, conforme passaremos a apresentar.

Na primeira entrevista, verificou-se que:

Creio que a maior dificuldade seja a falta de conhecimento da sociedade em geral, associada a falta de compromisso por parte de alguns gestores (Entrevista 01).

O conteúdo da fala acima, embora falte certa fundamentação, denota dois elementos que geram inquietações e dificuldades que inviabilizam a operacionalização de uma prática humanizadora. Realmente, o acesso ao conhecimento constitui um ponto crucial que dificulta a disseminação da PNH, uma vez que o arcabouço teórico, acerca da mesma, ainda é escasso para toda a tríade (profissionais – usuários – gestão), intrinsecamente envolvida na viabilização da prática dos princípios preconizados pela PNH. Destarte, não apenas esse elemento pode ser o fator determinante.

O segundo posicionamento, identificado na entrevista 02, causa certo desconforto, posto que a profissional responde que as dificuldades de operacionalização da PNH, na instituição, se dá devido “A falta de amor ao próximo” (Entrevista 02).

De forma surpreendente vislumbrou-se a fala acima, devido ao fato de que a entrevistada afirmou, anteriormente, conhecer a PNH e na sequência até demonstrou considerável nível de desconhecimento sobre a mesma. Contraditoriamente aos preceitos da PNH, a afirmação posta pela profissional

reflete, notoriamente, um caráter caritativo, assistencialista e faz com que se reflita a gênese das práticas do Serviço Social, quando este teve forte influência da Igreja Católica e de uma releitura dos preceitos de São Tomás de Aquino, o que ficou conhecido como neotomismo. Assim, os dois fatores que eram o eixo de tal influência filosófica eram o da dignidade da pessoa humana; além do bem comum.

Já a terceira postura, identificada através da argumentação obtida nas entrevistas 03 e 05, foi enviesada pelo individualismo persistente nos serviços de saúde, o que gera a falta de comunicação e, conseqüentemente a insatisfação dos usuários.

A principal dificuldade diante da operacionalização da PNH está relacionada ao pensamento individual, pois para uma melhor qualidade nos serviços, precisa ocorrer a junção entre gestores, profissionais e usuários da saúde, e quando o profissional tem dificuldades na realização do seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras instâncias (Entrevista 03).

Apesar da instituição trabalhar com a inclusão, a falta de comunicação entre eles provoca movimentos de inquietação (Entrevista 05).

Em face ao exposto, há que se depreender que a ausência de uma relação profissional na perspectiva da interdisciplinaridade, configura-se como imprescindível para a efetivação da PNH no contexto institucional.

Assim, tem-se a quarta postura visualizada, que traz uma série de aspectos geradores de tais dificuldades. Dessa forma:

São muitas as dificuldades para o desenvolvimento da PNH no HRS, pois não são oferecidas capacitações aos funcionários, a unidade hospitalar precisa valorizar os funcionários, melhorar as condições de trabalho, falta compromisso com a causa, falta uma política de humanização com o profissional. Costumo dizer, como humanizar, se nós profissionais não somos humanizados perante a direção? (Entrevista 04).

Enfim, uma lamentável realidade foi citada pela profissional, uma vez em que ratificou a ineficiência dos recursos que a instituição dispõe, ao passo em que legitimou a falta de interesse no oferecimento de métodos que preparem os profissionais, como um todo, o que motiva a desvalorização destes para com o



ambiente de trabalho, trazendo apenas contribuições negativas para os rumos da saúde pública brasileira, afinal, tal realidade não é inerente apenas ao HRS. Basta ir a um estabelecimento que preste assistência em saúde para conceber tamanho descaso com os cidadãos que tem, no texto constitucional de 1988, a garantia da saúde como um direito que será provido pelo Estado.

Por fim, quando perguntado para as profissionais quais seriam as sugestões para a efetivação da PNH na instituição, obtivemos as seguintes respostas:

[...] capacitação de todos os funcionários, digo todos pois geralmente é indicada apenas coordenações, limitando a divulgação do conhecimento (Entrevista 01)

Capacitações para os profissionais de Serviço Social, como também para os demais profissionais do HRS (Entrevista 04).

Ações conjuntas que intensifiquem os princípios e os valores como a solidariedade e a ética, onde acolha o desconhecido e o imprevisível, aceitando limites de cada situação e que seja regulada pela participação e pelo respeito ao outro como uma ser singular e digno (Entrevista 03).

Divulgar a PNH e ampliar os processos de formação e produção de conhecimentos em articulação com os movimentos sociais e instituições (Entrevista 05).

Diante do exposto acima, evidencia-se que 80% (oitenta por cento) dos sujeitos da pesquisa enfatizaram a necessidade de capacitação para que os/as profissionais da instituição tomem conhecimento da PNH e procurem efetivá-la no cotidiano de trabalho. Porém, 20% (vinte por cento) enfatizaram aspectos que estão relacionados a questão da solidariedade humana, ou seja, demonstraram uma concepção equivocada sobre os aspectos necessários para a efetivação da PNH, distanciando-se da concepção de que a efetivação da PNH se configura como um direito dos/as usuários/as.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir sobre a PNH se configura como um grande desafio, pois apesar desta ter sido criada há mais de uma década, a sua efetivação se dá de forma indicativa, não imperativa, aspecto o qual deve ser considerável lamentável, tendo em vista a importância que esta política tem para o desenvolvimento do SUS na perspectiva da integralidade, a partir de uma concepção holística da saúde.

Por identificar, durante a realização do estágio supervisionado em Serviço Social, a ausência da PNH no HRS, que tivemos interesse em discorrer sobre a temática, pelo fato de se vislumbrar a ausência cotidiana de práticas humanizadas na saúde em todos os setores da instituição, embora fossem evidenciadas outras problemáticas institucionais.

Paralela a essa realidade identificada, deve-se enfatizar que as dificuldades trazidas no seio do processo de hospitalização do indivíduo em tal unidade constitui uma situação altamente desgastante tanto para os/as usuários diretos, quanto para os seus familiares.

A partir dessa denotação, compreendemos que se necessária a existência e eficiência das ações de uma equipe multiprofissional que não deve agir apenas com mecanismos técnicos, que priorizam o processo de trabalho e prestam assistência exclusiva à patologia, ao físico; deixando a parte as singularidades e as determinações histórico-sociais dos indivíduos.

Apesar da existência da PNH, ainda é premente a ausência de práticas humanizadas na área da saúde, além disso, se evidencia que os/as profissionais da saúde, na maioria das vezes, tratam os/as usuários/as como meras patologias, desconsiderando os outros fatores que perpassam a esfera da saúde física.

Diante de uma sociedade cada vez mais capitalista, onde o fator financeiro se torna prioridade e as ações sociais tornam-se subordinadas aos interesses privados, o respeito à vida humana tem se tornado secundário entre as pessoas e, conseqüentemente entre os/as profissionais e gestores que atuam na área de saúde. Porém, não se pode haver uma generalização, pois há grandes profissionais engajados no cuidar mais humano e menos tecnicista.

Advinda de tais elementos, a pesquisa objetivada se configurou bastante relevante, tendo em vista o fato de que a humanização representa um assunto que

necessita de maiores debates e reflexões para que possa ser amadurecida e operacionalizada pelos/as profissionais e pelas gestões da assistência em saúde, uma vez que ainda não é tão difundida como deveria, tanto entre os profissionais, quanto entre os/as usuários/as dos serviços.

Assim, os dados obtidos também vieram contribuir para a perspectiva crítica almejada, bem como conferem respaldo ao que foi inicialmente previsto: a PNH não é efetivada por todos/as os/as profissionais do HRS.

Isso vem se dar por inúmeros fatores, uma vez que, embora a totalidade dos sujeitos pesquisados tenha respondido positivamente à indagação acerca do conhecimento da PNH, 40% quarenta por cento não conseguiu fundamentar os seus conhecimentos sobre a mesma, ou sobre as contribuições trazidas por ela.

Enfatizamos ainda, que 60% (sessenta por cento) respondeu que não há tal operacionalização ao passo em que quarenta por cento (40%) afirmou que a PNH é efetivada. Diante desses dados, o que mais se destacou na pesquisa para que pudéssemos chegar a tal conclusão, foi quando perguntou-se sobre as dificuldades existentes para a operacionalização da PNH, momento em que obtivemos de forma unânime, por parte de 80% (oitenta por cento) das entrevistadas, que seriam necessárias capacitações para que os/as profissionais da instituição tomassem conhecimento da PNH e, a partir daí, passassem a efetivá-la no cotidiano de trabalho na instituição.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Reconhecer Flexner**: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad. Saúde Pública vol.26 n 12. Rio de Janeiro Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003)>. Acesso em: 05 abr. 2016.

BARAUNA, Tânia. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. Disponível em: <<http://www.iacat.com/revista/recrearte/recrearte02/tania01.htm>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti. **O Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. – 1 ed. Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm)>. Acesso em: 12 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio>>. Acesso em: 24 nov. 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 881, de 19 de junho de 2001. Define a instituição do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003. Disponível em: <[related:bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](related:bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **História das Conferências de Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 4275, de 17 de abr. de 1942. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de Saúde Pública em cooperação com Instituto Office Interamerican Affairs of the United States of America. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/Del4275.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del4275.htm)>. Acesso em: 12. nov. 2015

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2011.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde**: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017)>. Acesso em: 14 nov. 2016.

COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social e Saúde” In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

DEGENSZAJN, Raquel Raichelis. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. 1ªed. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009, v. 1.

DEJOURS, C.O. **Fator Humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1997.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 25 – 29, 2004.

FERREIRA, Jaqueline. **O programa de humanização da saúde**: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3. São Paulo: 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902005000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300007)>. Acesso em: 05 mai. 2016.

FIOCRUZ. Pense SUS. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 24. nov. 2015.

LINS, Samya Rayanne Oliveira. **A humanização da assistência hospitalar**: análise acerca das ações de humanização na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Cajazeiras. 2012. 65f. Cajazeiras/PB: 2012.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa [et al]. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009)> Acesso em: 26 abr. 2016.

MARCHESOTTI, Ana Paula Almeida. **Santa Casa de Misericórdia**: história e desafios. *Revista Bem de Vida* nº 38, 2013. Disponível em:

<<http://tremdahistoria.blogspot.com.br/2013/05/santa-casa-de-misericordia-historia-e.html>>. Acesso em: 05 abr. 2016

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas**. Ciência e Saúde coletiva, v. 9, n 11, p. 15-29, 2004.

NETO, Gonzalo Vecina; CUTAIT, Raul; TERRA, Valéria. **Saúde & Cidadania**. Um pouco de história. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/extras/notas.html](http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html)> Acesso em: 25 abr. 2016

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saúdenobrasil.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

### A EFETIVIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB: algumas análises

#### QUESTIONÁRIO

##### 1- PERFIL PROFISSIONAL

1.1-Faixa etária

1.1.1) De 20 a 30 anos ( ) 1.1.2) De 31 a 40 anos ( ) 1.1.3) De 41 a 50 anos ( )

1.1.4) De 51 a 60 anos ( ) 1.1.5) Mais de 60 anos ( )

1.2-Ano de formação: \_\_\_\_\_

1.3-Instituição em que concluiu o ensino superior:

1.4-Faz ou já fez pós graduação? Está fazendo ( ) Já fez ( ). Em que área?  
\_\_\_\_\_. Em que instituição?

1.5-Há quanto tempo trabalha no HRS?

1.6-Trabalha em alguma outra instituição? Sim ( ) Não ( )

##### 2-INFORMAÇÕES SOBRE A PNH

2.1-Você conhece a Política Nacional de Humanização? Sim ( ) Não ( )

2.2-Caso conheça, o que você acha dela, ou seja, quais as contribuições dessa política?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

---

---

---

---

---

2.3-Diante da sua experiência no HRS, você acha que a PNH é operacionalizada no cotidiano de trabalho de todos/as profissionais? Sim ( ) Não ( )

2.3.1- Se sim, de que forma?

---

---

---

---

---

---

2.3.2 Se não, por quê?

---

---

---

---

---

---

2.4-Na sua opinião, quais são as dificuldades para a operacionalização da PNH no cotidiano da instituição?

---

---

---

---

---

---

---

2.5-Quais seriam as suas sugestões para uma melhor efetivação da PNH na instituição?

---

---

---

---

---

---

---

**APÊNDICE B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, fui informada/o que a pesquisa “**A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) NO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA/PB: algumas análises**” é desenvolvida a partir dos pressupostos do Projeto Ético-Político do Serviço Social, a ser realizada sob responsabilidade da pesquisadora: \_\_\_\_\_, e

com orientação do Professor(a): **Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa**.

Em face ao exposto, concordo em participar da mesma, com a garantia de anonicidade e sigilo com relação a todo o conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar o meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão as pesquisadoras, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal.

**Pesquisadora:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Celular:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Orientadora:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_